

VROEGTIJDIGE ZORGPLANNING IN WOON- EN ZORGCENTRA

Ontwikkeling van het Brugse model

A. RAES, H. BOGAERT, WERKGROEP VZP BRUGGE, J. DE LEPELEIRE

DOEL

Vroegtijdige zorgplanning (VZP) is een denk- en communicatieproces tussen de patiënt, zijn naasten en de zorgverleners over de toekomstige zorg. De meeste literatuur en ervaring rond dit onderwerp zijn afkomstig uit de Verenigde Staten. In dit artikel wordt de ontwikkeling van een model voor vroegtijdige zorgplanning in woon- en zorgcentra (WZC) voorgesteld.

METHODE

Een multidisciplinaire werkgroep ontwikkelde een model voor de implementatie van vroegtijdige zorgplanning in de woon- en zorgcentra van de Brugse regio. De werkgroep baseerde zich op wat gekend is uit de internationale literatuur en op de reeds bestaande literatuur en ervaring in Vlaanderen.

RESULTATEN

De werkgroep ontwikkelde een stappenplan voor het voeren van gesprekken over vroegtijdige zorgplanning, met een flexibel tijdstip voor de initiatie van deze gesprekken, ten laatste drie maanden na opname.

Dit Brugse model ziet de patiënt in zijn context. De discussie mag niet beperkt blijven tot een lijst van medische behandelingsmogelijkheden in bepaalde situaties, maar moet zich richten op de zorgbehoeften, geformuleerd als zorgdoelen. De overeenkomst tussen de partijen is gebaseerd op de vrijwillige tussenkomst van hulp en kan op elk moment herzien worden.

De zorgdoelen worden gecodeerd in een code A 'alles doen', code B 'behoud functie' of code C 'comfortzorg'.

Het Brugse model stelt voor dat de huisarts zijn/haar rol opneemt bij deze gesprekken.

De VZP-zorgfiche en de VZP-ventilatiefiche werden ontwikkeld om vroegtijdige zorgplanning in het dossier te noteren.

BESLUIT

Het Brugse model voor vroegtijdige zorgplanning in de woon- en zorgcentra is een theoretisch model en moet in de praktijk op toepasbaarheid getest worden. Na het in kaart brengen van de barrières bij de implementatie ervan kan het model verder aangepast worden.

A. Raes, huisarts-in-opleiding (haio), Sint-Kruis (Brugge);

H. Bogaert, huisarts, Sint-Kruis (Brugge);

Werkgroep VZP Brugge: Hans Bogaert, huisarts, CRA en coördinator van de werkgroep; Marijke Dobbels, directie WZC Sint-Jozef Sint-Michiels; Michel Goetinck, huisarts en CRA; Christiane Lambregts, palliatief verpleegkundige Palliatief Netwerk Noord West-Vlaanderen; Edwine Laridon, verantwoordelijke bewonerszorg WZC Sint-Jozef Oostkamp; Noel Lievens, hoofdverpleegkundige WZC Ter Potterie OCMW Brugge; Annelies Raes, huisarts in opleiding; Bea Temmerman, geriater AZ St-Jan Brugge; Michel van Mol, huisarts en CRA; Carine Vanneste, palliatief coördinator WZC Mariawende Beernem;

J. De Lepeleire, huisarts, Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde, Katholieke Universiteit Leuven.

Correspondentie: anneliesraes@hotmail.com

Belangenconflict: niets aangegeven

Raes A, Bogaert H, werkgroep VZP Brugge, De Lepeleire J. Vroegtijdige zorgplanning in woon- en zorgcentra. Ontwikkeling van het Brugse model. *Huisarts Nu* 2010;39:275-80.

INLEIDING

Vroegtijdige zorgplanning (VZP) is een denk- en communicatieproces tussen de patiënt, de zorgverleners en de naasten over de toekomstige zorg. Dit proces kan leiden tot het vroegtijdig en anticiperend kenbaar maken en verwoorden van voorkeuren en doelen voor toekomstige zorg, het aanstellen van een vertegenwoordiger voor het geval de patiënt niet meer zelf kan beslissen en eventueel het opmaken van documenten voor negatieve wilsverklaringen¹.

De laatste jaren krijgt dit proces steeds meer aandacht. De meeste literatuur is afkomstig uit de Verenigde Staten, waar al langer onderzoek gebeurt naar de implementatie van modellen voor vroegtijdige zorgplanning in woon- en zorgcentra (WZC). In Vlaanderen beginnen pilootprojecten voor de implementatie hiervan, zowel in de thuissituatie als in de woon- en zorgcentra, op te duiken²⁻⁵.

Er is weinig evidentie over vroegtijdige zorgplanning^{6,7}. Toch zijn er aanwijzingen dat een goed gevoerd proces hierover nuttig kan zijn.

De conclusie uit de internationale literatuur is dat vroegtijdige zorgplanning een proces is waarvan het belangrijkste deel het proces zelf is en niet zozeer de uitkomst, namelijk het invullen van formulieren⁶. Het is voornamelijk het communicatieproces tussen de arts en patiënt en naasten dat ervoor zorgt dat vroegtijdige zorgplanning als nuttig ervaren kan worden. Het is belangrijk dat men de wensen van de patiënt zo nauwkeurig mogelijk begrijpt en dat de patiënt zich begrepen voelt. Hierbij is een vertrouwensrelatie tussen de zorgverlener en de patiënt van het grootste belang².

Het kader van het woon- en zorgcentra biedt waardevolle mogelijkheden om een model voor vroegtijdige zorgplanning op een gestructureerde wijze te implementeren.

In dit artikel wordt de ontwikkeling van een model voor vroegtijdige zorgplanning in woon- en zorgcentra voorgesteld.

METHODE

Oprichting van een multidisciplinaire werkgroep

Het model voor de implementatie van vroegtijdige zorgplanning in de woon- en zorgcentra van de Brugse regio werd ontwikkeld door een multidisciplinaire werkgroep. Deze werkgroep baseerde zich op wat gekend is uit de internationale literatuur en op de reeds bestaande literatuur en ervaring in Vlaanderen.

Het initiatief voor de oprichting van deze werkgroep kwam tot stand na een overleg tussen het palliatief netwerk Noord-West-Vlaanderen en de vertegenwoordiging van directies en coördinerende en raadgevende artsen (CRA's) van woon- en zorgcentra en de geriater.

Samenstelling van de werkgroep

Er werd een coördinator aangeduid die verantwoordelijk was voor de samenstelling van de werkgroep. De coördinator contacteerde verschillende personen uit verschillende disciplines met een expertise op dit gebied en stelde zo de werkgroep samen.

De werkgroep bestond uit een aantal huisartsen-CRA's, een geriater, een huisarts-in-opleiding, directie van een woon- en zorgcentrum, personeel van een woon- en zorgcentrum (verantwoordelijke bewonerszorg, hoofdverpleegkundige, palliatief coördinator) en een palliatief verpleegkundige van het palliatief netwerk.

Doel van de werkgroep

De werkgroep kwam vier keer samen tussen het voorjaar 2008 en voorjaar 2009. De onderwerpen van de vergaderingen waren: 1) de inventarisatie van reeds bestaande documenten uit de woon- en zorgcentra die passen in het idee van vroegtijdige zorgplanning, 2) de ontwikkeling van een stroomdiagram dat toepasbaar is in zoveel mogelijk verschillende woon- en zorgcentra, 3) de ontwikkeling van de noodzakelijke nieuwe documenten voor vroegtijdige zorgplanning, 4) de afwerking van het model en bespreking van een strategie voor implementatie.

RESULTATEN

Tijdstip voor het eerste gesprek

Over het tijdstip waarop vroegtijdige zorgplanning het best met de bewoners van de woon- en zorgcentra besproken zou worden, bestond in de literatuur geen overeenstemming. Aan de ene kant werd gezegd dat dit het best zo vroeg mogelijk gebeurt bij de opname, omdat vele bewoners reeds beginnende cognitieve problemen hebben en bewoners ook verwachten dat de gesprekken gebeuren als zij nog in goede gezondheid zijn². Bovendien kan de opnameduur relatief kort zijn door een vroegtijdig overlijden van de bewoner na zijn/haar opname. Andere artikels benadrukten juist dat de gesprekken het best niet té vlug na de opname plaatsvinden maar op een

WAT IS GEKEND?

Er is internationaal groeiende aandacht voor het bespreken van beslissingen rond het levenseinde. Ook in Vlaanderen zien we toenemende initiatieven die ervoor moeten zorgen dat mensen vaker gaan nadenken over hun wensen voor de toekomstige zorg.

De meeste woon- en zorgcentra hebben nu al beschikbare documenten die toelaten om bepaalde afspraken vast te leggen. Dit zijn meestal documenten voor afspraken rond therapiebeperking.

In de meeste woon- en zorgcentra wordt een teamoverleg georganiseerd n.a.v. de opname van een nieuwe bewoner.

WAT IS NIEUW?

Vroegtijdige zorgplanning is geen eenmalig gebeuren maar een stapsgewijs proces waarin het hele zorgdragend team betrokken wordt gedurende de volledige duur van de opname in het woon- en zorgcentrum.

Het Brugse model kiest voor het maken van afspraken onder de vorm van zorgdoelen die vertaald worden in een A,B,C-code.

Deze zorgdoelen worden in een multidisciplinaire vergadering vertaald tot concrete afspraken voor elke discipline in het woon- en zorgcentrum.

De Brugse werkgroep ontwikkelde de nodige documenten om vroegtijdige zorgplanning in elk woon- en zorgcentrum te implementeren.

Er wordt systematisch een vertegenwoordiger aangeduid die beslissingen neemt in plaats van de patiënt, als deze hier zelf niet meer toe in staat is.

moment dat de bewoner reeds wat ingeburgerd is en de zorgverleners al wat heeft leren kennen^{6,8}.

In het Brugse model werd gekozen voor een flexibel tijdstip voor de initiatie van de gesprekken maar toch het liefst relatief vroeg na de opname met een interdisciplinair overleg ten laatste drie maanden na de opname.

Zorgdoelen

Omdat rusthuizen in Vlaanderen al beperkte ervaring hebben met vroegtijdige zorgplanning, kon voor de ontwikkeling van het 'Brugse model' grotendeels gebruikgemaakt worden van het model van Ghijsebrechts et al².

Dit model ziet de patiënt in zijn context en niet zozeer als volledig autonoom; de inbreng van zowel de patiënt als zijn naasten bepaalt de zorg. De discussie mag niet beperkt blijven tot een lijst van medische behandelingsmogelijkheden in bepaalde situaties, maar moet zich richten op de zorgbehoeften, geformuleerd als zorgdoelen.

Er worden in dit model drie belangrijke doelstellingen geformuleerd: *maximaal comfort, behouden van functies en verlengen van leven*. Deze doelstellingen kunnen door de verschillende disciplines vertaald worden tot een zorgplan en dit kan helpen om de patiënt echte zorg op maat te geven. De afspraken die gemaakt worden, zijn niet vastgelegd in een contract dat per definitie bindend is maar in een overeenkomst tussen partijen die gebaseerd is op vrijwillige tussenkomst van hulp.

De doelstelling 'verlengen van leven' houdt in dat de bewoners de maximale (zinvolle) medische zorgen krijgen om het leven te verlengen. Hierbij hoort vanzelfsprekend ook dat gekozen wordt voor ziekenhuisopnames indien nodig. Als men kiest voor het 'behoud van functies' of 'maximaal comfort', kan het al dan niet hospitaliseren in vraag worden gesteld. Als al gekozen wordt voor hospitalisatie, dan spreekt het voor zich dat deze in functie moet zijn van de vooropgestelde doelen.

In het Brugse model worden deze zorgdoelen gecodeerd in een code A, B of C (zie tabel). Code A betekent 'alles doen'. Hier wordt gekozen voor maximale medische behandeling inclusief reanimatie en hospitalisatie. Code B betekent 'behoud functie'. Hier wordt dan gekozen voor een minder intensieve behandeling (bv. geen reanimatie/intensieve zorg/hemodialyse) en al dan niet hospitalisatie. Als gekozen wordt voor hospitalisatie, is deze vanzelfsprekend met een specifieke vraag in functie van het zorgdoel. Code C is 'comfortzorg'. Hierbij is het doel maximaal comfort. Bij bewoners met code C gaat de aandacht naar maximale symptoombestrijding, palliatieve zorg en medicatie enkel in functie van levenskwaliteit en comfort.

Rol van de verpleegkundige en de huisarts

Het woon- en zorgcentrum biedt een aantal mogelijkheden om vroegtijdige zorgplanning te implementeren: er zijn verschillende disciplines aanwezig, er is een algemeen dossier, er is de mogelijkheid tot vaste overlegmomenten,... Toch moet aan een aantal randvoorwaarden voldaan zijn. Zo is bijzondere aandacht voor een palliatieve zorgcultuur vereist. De communicatie moet gestructureerd verlopen, waarbij de zorgverleners de gesprekken op vastgelegde tijdstippen initiëren. De bewoner moet ook vrij zijn om deze gesprekken te weigeren of aan te gaan. Omdat de verpleegkundige vaak het dichtste bij de bewoner en zijn familie staat, kan deze als hiervoor opgeleide verpleegkundige worden voorgesteld².

Het Brugse model wil de huisarts meer in het proces betrekken en zijn/haar rol laten opnemen in deze gesprekken. De huisarts is de best geplaatste persoon om de bewoner de juiste medische informatie en prognose mee te delen. De werkgroep beseft dat dit niet evident is. Er zijn vaak heel wat verschillende huisartsen werkzaam in de woon- en zorgcentra en niet alle huisartsen zijn even vertrouwd met het onderwerp.

Om de verschillende elementen uit deze gesprekken, waarin verschillende zorgverleners een rol kunnen spelen, niet te laten verloren gaan, wordt een zogenaamde ventilatiefiche in elk patiëntendossier geïntroduceerd (zie verder).

Stappenplan

Vroegtijdige zorgplanning is geen eenmalig gebeuren, maar een stapsgewijs proces. Om dit proces goed te laten verlopen kozen we in het Brugse model voor het stappenplan zoals voorgesteld door de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen^{5,9}. Dit stappenplan verdeelt het proces van vroegtijdige zorgplanning in vijf verschillende stappen: stap 1 introduceert het onderwerp, stap 2 evalueert de toekomstverwachtingen, stap 3 identificeert de doelen voor de laatste levensperiode, stap 4 documenteert de richtlijnen en stap 5 is het eventueel herzien en updaten van de bepaalde zorgopties.

Deze stappen probeerde de werkgroep in te passen in een stroomdiagram voor implementatie in de woon- en zorgcentra (zie figuur; het uitgebreide stappenplan is terug te vinden in bijlage 1 op www.domusmedica.be/huisartsnu). Dit stroomdiagram laat de ruimte voor ieder woon- en zorgcentrum om deze stappen zelf in te vullen.

Gesprekssjablonen

De gesprekssjablonen zoals voorgesteld door de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen, werden in beperkte mate aangepast specifiek voor bewoners van woon- en zorgcentra (zie bijlage 2 op www.domusmedica.be/huisartsnu)⁵. Er is zowel een gesprekssjabloon voor gesprekken met wilsbekwame bewoners als voor gesprekken met de naasten van wilsbekwame bewoners.

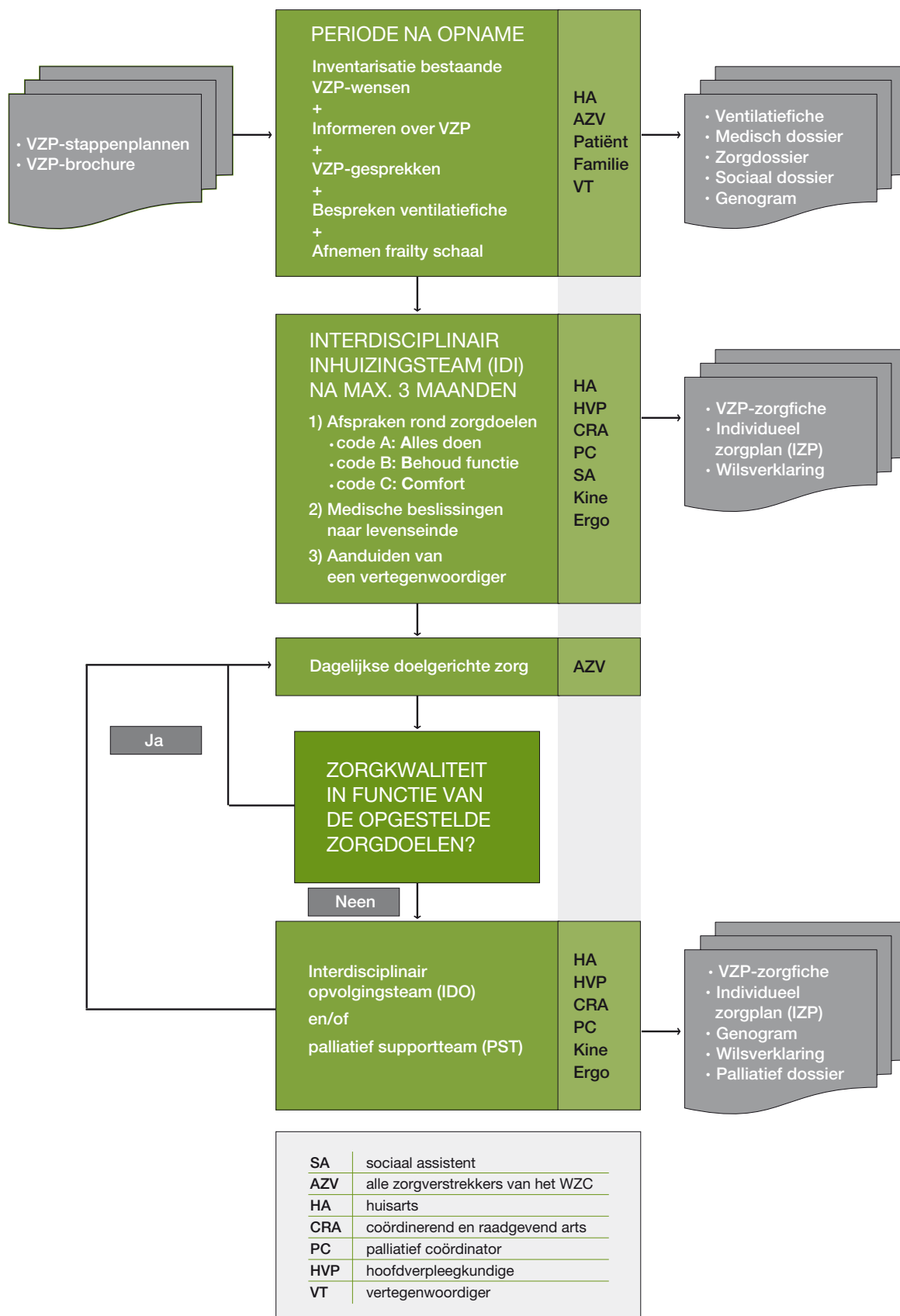
Zorgfiche

De werkgroep ontwikkelde ook documenten om vroegtijdige zorgplanning (VZP) in het dossier te noteren. Het belangrijkste document is de VZP-zorgfiche (zie ook het volgende artikel op blz. 282 en bijlage 3 op www.domusmedica.be/huisartsnu). Deze zorgfiche is dé belangrijkste neerslag van de gesprekken over vroegtijdige zorgplanning. Op deze fiche wordt een doel geïdentificeerd en in functie van dit zorgdoel kunnen de verschillende disciplines hun zorg specifiek omschrijven.

Tabel: Codering van de VZP-zorgdoelen in het Brugse model.

	Code A: 'Alles doen'	Code B: 'Behoud functie'	Code C: 'Comfortzorg'
Doel	Behouden en verlengen van het leven	Behoud van functie, met behandeling van acute aandoening	Comfort
Vooruitzicht	Verbetering van de toestand	Verbetering, stabilisering	<ul style="list-style-type: none"> • Verdere langzame achteruitgang • Snelle achteruitgang met sterven op relatief korte termijn • Sterven op korte termijn
Afspraken	<ul style="list-style-type: none"> • Cardiopulmonale reanimatie • Hospitalisatie • Maximale medische behandeling 	<ul style="list-style-type: none"> • Geen reanimatie, geen intensieve zorg, geen hemodialyse • Hospitalisatie? 	<ul style="list-style-type: none"> • Enkel medicatie in functie van levenskwaliteit en comfort • Symptoombestrijding • Palliatieve zorg

VROEGTIJDIGE ZORGPLANNIG (VZP) - STROOMDIAGRAM



Het is de bedoeling dat dit document op een zichtbare plaats in het dossier terechtkomt zodat alle zorgverleners in één oogopslag zicht hebben op de toegepaste zorg bij deze bewoner. In het Brugse model werd geen specifiek document voor 'therapiebeperkingsafspraken' opgenomen. Deze documenten worden immers niet als eindresultaat van een proces van vroegtijdige zorgplanning gezien; de nadruk moet ook meer liggen op wat de bewoners wél nog willen in plaats van te specifiek niet willen. Dit wil echter niet zeggen dat deze documenten geen belang kunnen hebben. Zeker naarmate het levenseinde nadert en de patiënt meer wilsonbekwaam is, zijn deze documenten vaak belangrijk. Het voorstel van de werkgroep is om de bestaande documenten voor therapiebeperkingsafspraken te behouden en ze eventueel ook in te vullen tijdens het proces van vroegtijdige zorgplanning.

Ventilatiefiche

De ventilatiefiche werd ontwikkeld om zoveel mogelijk zorgverleners bij het proces van vroegtijdige zorgplanning te betrekken (zie bijlage 4 op www.domusmedica.be/huisartsnu). Het is de bedoeling dat alle zorgverleners die met de bewoner in contact komen, op deze fiche uitspraken, inzichten,... kunnen noteren die belangrijk kunnen zijn voor vroegtijdige zorgplanning. Het is vaak in het alledaagse contact dat soms dingen worden gezegd die in de gesprekken over vroegtijdige zorgplanning terug aan bod kunnen komen.

Vertegenwoordiger

In het Brugse model wordt gesproken over een vertegenwoordiger. Een vertegenwoordiger is de persoon die de rechten van de patiënt uitoefent indien deze zelf niet meer in staat is deze uit te oefenen¹⁰. De patiënt kan formeel een vertegenwoordiger aanstellen. Als dit niet gebeurt, is er een wettelijk cascadesysteem die in hiërarchische orde een informele vertegenwoordiger voorziet.

Teamoverleg, herziening

Na de gesprekken over vroegtijdige zorgplanning wordt in het Brugse model een teamvergadering georganiseerd. De bedoeling van deze vergadering is dat alle zorgdisciplines samenzitten om de zorgdoelen te bespreken en voor elke discipline te vertalen in een concrete zorg.

Het is de bedoeling om deze teamvergadering zoveel mogelijk te laten samenvallen met bestaande structuren in het woon- en zorgcentrum. In veel woon- en zorgcentra wordt nu reeds een teamvergadering geprogrammeerd op een bepaald tijdstip na opname van de bewoner (het zogenaamde interdisciplinair inhuizingsteam of IDI). Het is op deze vergadering dat de zorgdoelen besproken en vertaald kunnen worden. Het is niet de bedoeling een extra teamvergadering te organiseren, tenzij deze niet standaard gebeurt kort na de opname.

Aan het einde van de vergadering wordt de VZP-zorgfiche ingevuld. Zo kan men zeker zijn dat iedereen op de hoogte is van het gekozen zorgdoel en het zorgdoel de beste kans heeft.

Beslissingen kunnen op elk moment herzien worden (stap 5 in het stappenplan). Het blijft belangrijk om bij elke beslissing de bewoner en de naasten zoveel mogelijk te betrekken. Het model raadt aan om jaarlijks samen te zitten om te evalueren of de zorgdoelen en concrete zorg up-to-date blijven (het zogenaamde interdisciplinair opvolgingsteam of IDO). Dit kan eventueel ook frequenter nodig zijn in functie van nieuwe scharniermomenten in het leven van de bewoner.

BESPREKING

Sterkten van het Brugse model

Woon- en zorgcentra bieden een belangrijk kader voor de implementatie van vroegtijdige zorgplanning. Deze centra bieden de mogelijkheid van optimale multidisciplinaire zorg, er is een gemeenschappelijk dossier en de mogelijkheid om protocollen toe te passen.

Het Brugse model voor vroegtijdige zorgplanning in woon- en zorgcentra is een volledig model dat het proces nauwkeurig beschrijft. Er is een stroomdiagram dat het proces beschrijft in de verschillende fases van de opname. De gesprekssjablonen die de gesprekken over vroegtijdige zorgplanning moeten faciliteren, zijn speciaal afgestemd op de situatie van het woon- en zorgcentrum en er is speciale aandacht voor het gesprek met de naasten van de wilsonbekwame patiënt.

De ontwikkelde zorgfiche probeert op één bladzijde een klare en duidelijke samenvatting te geven die goed zichtbaar zou moeten zijn in het dossier en begrijpbaar voor de verschillende zorgverleners. Er is gepoogd zoveel mogelijk zorgverleners te betrekken door de ontwikkeling van de ventilatiefiche, het teamoverleg en de vertaling van de zorgdoelen specifiek voor elke discipline.

Het model is grotendeels gebaseerd op de visie van experts en voorgestelde, niet-gevalideerde modellen. Er is ook zoveel mogelijk rekening gehouden met gegevens uit de bestaande internationale literatuur.

Beperkingen van het Brugse model

Een zwakte van het model zou kunnen zijn dat te veel gefocust wordt op het toekennen van een code, omdat dit het schijnbare eindpunt is van het proces over vroegtijdige zorgplanning. Wij willen echter benadrukken dat vooral het proces zelf en de communicatie hierover met de patiënt, naasten en zorgverleners het belangrijkste is. De documenten met de codes voor vroegtijdige zorgplanning zijn enkel richtinggevend en geven in een oogopslag een zicht op de geïdentificeerde zorgdoelen. Dit is vooral belangrijk voor zorgverleners die de patiënt niet goed kennen (bv. dokter van wacht).

Het model zegt ook niet duidelijk wie de gesprekken over vroegtijdige zorgplanning zou moeten voeren. De werkgroep is het erover eens dat er ook een belangrijke rol weggelegd is voor de huisarts.

Een ander probleem zou kunnen liggen in de noodzakelijke bijbehorende administratie bv. de ventilatiefiche, zorgfiche en neerslag van de gesprekken over vroegtijdige zorgplanning. Het gevaar is dat deze documenten niet gebruikt worden en enkel

gaan dienen als dossieropvulling. Dit moet zeker vermeden worden. Het is daarom noodzakelijk om deze documenten te testen op bruikbaarheid.

Het is belangrijk dat in een teamvergadering over de geïdentificeerde zorgdoelen overlegd wordt. Zo is het hele team op de hoogte en kunnen de zorgdoelen per discipline vertaald worden in concrete zorg. Op die manier is er ook een garantie dat de VZP-zorgfiche ingevuld wordt en een plaats krijgt in het dossier. In de meeste woon- en zorgcentra is er reeds een teamoverleg kort na de opname van de bewoner; dit teamoverleg zou voor de bespreking van de zorgdoelen kunnen worden gebruikt. Het lijkt ons niet noodzakelijk een apart teamoverleg over vroegtijdige zorgplanning vast te leggen.

BESLUIT

Het Brugse model voor vroegtijdige zorgplanning in woon- en zorgcentra is een theoretisch model, gebaseerd op de kennis uit de internationale literatuur en bestaande ervaring in Vlaanderen. Het model moet in de praktijk op toepasbaarheid getest worden, waarbij de barrières bij implementatie in kaart worden

gebracht. Aan de hand hiervan kan het model verder aangepast worden (zie ook het volgende artikel op deze blz.).

Literatuur

- 1 Royal College of Physicians, National Council of Palliative Care, British Society of Rehabilitation Medicine, British Geriatrics Society, et al. *Advance Care Planning*. (Rep. No. 12). Londen: Royal College of Physicians, 2009.
- 2 Gijsebrechts G, Van De Wiele M, De Lepeleire J. Vroegtijdige zorgplanning in rusthuizen: een verkenning. *Tijdschr Geneesk* 2009;65:180-5.
- 3 Viaene K, De Lepeleire J. Vroegtijdige zorgplanning bij ouderen in de thuissituatie: situering pilootproject. Niet-gepubliceerd rapport 2008.
- 4 Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie. Symposium Advance Care Planning. Oostende: 32e Wintermeeting, 2009.
- 5 Keirse M. Het levenseinde teruggeven aan de mensen. Over vroegtijdige planning van de zorg. Wemmel: Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen, 2009.
- 6 Raes A, Bogaert H, De Lepeleire J. Advance care planning in nursing homes: a review of the literature. Niet-gepubliceerd rapport 2010.
- 7 Sturtewagen JP, Chevalier P. Palliatieve zorg bij het levenseinde: zijn er bewijzen? *Minerva* 2008;7:132-5.
- 8 Hansen B, Vanlaere L, Gastmans C. Waarover maak je je zorgen? Vroegtijdige zorgplanning in woon- en zorgcentra voor ouderen. Ervaringen, belevingen en verwachtingen van huisartsen. Niet-gepubliceerd rapport 2008, Brussel.
- 9 Website federatie palliatieve zorg: www.palliatief.be
- 10 www.patientsrights.be

IMPLEMENTATIE VAN VROEGTIJDIGE ZORGPLANNING IN WOON- EN ZORGCENTRA

Eerste ervaringen met het Brugse model

A. RAES, H. BOGAERT, J. DE LEPELEIRE

INLEIDING

Dit artikel beschrijft de eerste ervaringen met het Brugse model voor vroegtijdige zorgplanning in woon- en zorgcentra en evalueert of het voeren van de gesprekken over vroegtijdige zorgplanning haalbaar is voor de huisarts.

METHODE

Het Brugse model werd uitgetest bij twintig bewoners van een woon- en zorgcentrum. Er werden drie gespreksmomenten voorzien bij de wilsbekwame bewoners; voor de wilsonbekwame bewoners werd een gesprek gepland met de familie. Deze gesprekken leidden tot het afspreken van een zorgdoel. De afspraken werden genoteerd op een VZP-zorgfiche en in het dossier.

RESULTATEN

De populatie bestond uit twintig bewoners van wie dertien wilsonbekwaam en zeven wilsbekwaam. De gesprekken verliepen over het algemeen vlot en de bewoners reageerden positief. Het formuleren van een zorgdoel was niet moeilijk. Het was moeilijker afspraken te formuleren naarmate ze concreter werden. Sommige bewoners leken niet in staat zelf keuzes rond zorg te maken en rekenden op de autoriteit van de arts.

De reacties van de familie van wilsonbekwame bewoners op het gesprek waren zeer positief.

Bewoners en familie die in het verleden al geconfronteerd werden met soortgelijke gesprekken, leken beter in staat deze gesprekken

efficiënt te voeren en konden realistische keuzes maken over de zorgdoelen.

BESLUIT

De gesprekken lijken haalbaar zowel qua tijdsduur als moeilijkheid. Het voeren van deze gesprekken wordt als positief ervaren zowel door de familie als de bewoners. In de meeste gevallen wordt als zorgdoel gekozen voor 'behoud van functies'. De afgesproken zorgdoelen zijn minder gericht op levensverlenging bij wilsonbekwame bewoners. Voor hen zijn ook meer bindende therapiebeperkingsafspraken gemaakt.

A. Raes, huisarts-in-opleiding (haio), Sint-Kruis (Brugge);

H. Bogaert, huisarts, Sint-Kruis (Brugge);

J. De Lepeleire, huisarts, Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde, Katholieke Universiteit Leuven.

Correspondentie: anneliesraes@hotmail.com

Belangenconflict: niets aangegeven

Raes A, Bogaert H, De Lepeleire J. Implementatie van vroegtijdige zorgplanning in woon- en zorgcentra. Eerste ervaringen met het Brugse model. *Huisarts Nu* 2010;39:280-5.